

**АЛКОГОЛИЗМ: КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА, ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ
(ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ, СУДЕБНО-
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ, МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

(ЛЕКЦИЯ)

**Профессор Литвинцев Сергей Викторович
Заведующий кафедрой социальной
психиатрии и психологии
ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России**

АЛКОГОЛИЗАЦИЯ - КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

В настоящее время в нашей стране одной из важнейших медико-социальных проблем провозглашена алкогольная и наркотическая зависимость, причем акцент в основном делается на наркотической.

Однако, на фоне чрезмерно быстрого за последние годы распространения наркомании в стране несколько ослабло внимание государства к другой, не менее острой проблеме - проблеме массовой алкоголизации населения, ее размеров и совокупности отрицательных последствий. Сегодня спиртных напитков в стране реализуется на 80% больше, чем производится.

По словам главного внештатного психиатра нарколога Минздрава России Е.А. Брюна, около 10% россиян, имеющих соматические заболевания, получили свои болезни в связи со злоупотреблением алкоголем, при этом «до 20% мужского работающего населения злоупотребляют алкоголем».

Вместе с тем, в России пьют не больше, чем в других странах, где алкоголь находится в свободной продаже; более того, у нас последние 8-9 лет люди пьют даже меньше, чем в других странах. Например, в Литве, Белоруссии, странах Восточной Европы в среднем приходится по 12-14 л алкоголя на человека в год, в России - по 10 л, что, конечно, тоже немало.

Алкоголизация животных

- Ежи - животные-«алкоголики». Они никогда не пройдут мимо емкости с пивом. Известен способ избавления от садовых улиток — расстановка на участке ловушек с пивом. Улитки выползают на запах, пьют и затем садоводы их собирают. Такие ловушки очень любят находить ежи, откуда пьют пиво, пока не запынеют. Часто ежи напиваются до того, что засыпают прямо у поилки.
- Медведи любят употреблять спиртное как в неволе, так в дикой природе. Об их пристрастиях знали еще в старину: чтобы поймать медведя, достаточно было поставить ведро бражного напитка, который он с удовольствием выпивал и укладывался спать. А медведи-губачи, обитающие в теплых странах, забираются на финиковые деревья и выпивают забродивший пальмовый сок, собираемый жителями для изготовления вина. Их не заботит спуск на землю — пьяные они просто сваливаются вниз.
- Слоны составляют список самых пьющих животных благодаря своему пристрастию к плодам дерева марула. Жители Африки любят рассказывать страшные истории о выходках животных после того, как те объедятся этих плодов. Крупные фрукты содержат большое количество сока. После созревания он бродит и превращается в напиток, содержащий до 3% алкоголя. Чтобы этому гигантскому животному напиться, ему нужно съесть плодов в 4 раза больше обычной нормы корма на день. Есть версия, что слоны меняют свое поведение ещё и от того, что поедают кору этого дерева, в которой жуки откладывают личинки. Они в свою очередь содержат токсические вещества. Местные жители говорят, что встреча с таким слоном опасна, они агрессивны и злы. Бражку слон готовит себе сам. Вначале животное вырывает яму, затем заполняет ее всевозможными фруктами, прикрыв сверху травой и листвой. Как только фрукты начнут бродить, слон, наевшись такими плодами, начинает буянить.
- Лошади не любят запах алкоголя от человека и могут отреагировать агрессивно. Но вот если им предложить пиво, то они с удовольствием его выпьют. Во времена процветания гужевого транспорта некоторые извозчики, особенно если предстояло ехать на дальние расстояния, угощали свою лошадь пивом. Полведро напитка придавало животному тонус и энергию.

ИЗ ИСТОРИИ АЛКОГОЛИЗМА

В исторической памяти человечества хранятся бесчисленные наблюдения и глубокомысленные суждения о том, как вреден алкоголь и как хорошо от него воздерживаться. Знакомство с ним длится тысячелетиями, в течение которых люди всячески огорчались примерами пьянства как рядовых, так и выдающихся личностей.

Ветхозаветный Ной за свой неприглядный вид в состоянии тяжёлого опьянения ставший объектом жестоких насмешек родного сына; Александр Македонский, погубивший своё здоровье безудержными попойками, которые послужили вероятной причиной эпилептических припадков у него; очень многие наши современники - писатели, поэты, художники, артисты, чей талант лёг на плаху алкоголизма, - все эти, казалось бы, веские аргументы против увлечения спиртным, не производили глубокого впечатления и оставались без ожидаемого ответа. Ни смертные казни в Древнем Китае, ни вливание в глотку пьяницам кипящей коровьей мочи в древней Индии, ни клеймение раскалённым железом, ни 23-фунтовая чугунная медаль на шею с надписью «За пьянство» в петровской России не давали результата.

При Иване Грозном вообще запрещалось употреблять крепкие напитки во всякое время, кроме как на Страстной неделе и в Рождество Христово. Для предупреждения «кабацких бунтов» вместо кабаков устраивали кружечные дворы, в которых на одного человека полагалось только одна чарка и было строго запрещено продавать вино на вынос и под залог вещей. Борис Годунов, будучи ярым поборником трезвости, объявлял, что скорее помилует вора и убийцу, чем того, кто вопреки указу, осмелится открыть кружечный двор. Запрещалось продавать вино в посты, по воскресеньям, средам и пятницам. Однако все эти запреты долго не держались - сиюминутный фискальный интерес одерживал верх над заботой о здоровье подданных, и запреты быстро переставали соблюдаться.

Когда-то, чтобы положить предел пьянству в своих войсках, в дело вмешивался сам Чингисхан, который повелел воинам напиваться не чаще одного раза в неделю; полное воздержание от спиртного он считал весьма желательным, но практически недостижимым, поэтому и не призывал к нему.

Много лет спустя (80-ые годы 20-го столетия) роль монгольского владыки взяло на себя Политбюро ЦК КПСС, однако принятые суровые ограничительные меры из-за их поспешности и недостаточной продуманности имели только временный успех, встретив массовое сопротивление населения и породив ряд социально-экономических проблем.

АНТИАЛКОГОЛЬНЫЕ КАМПАНИИ В РОССИИ

Антиалкогольные кампании в нашей стране проводятся на протяжении более ста лет. Летом 1914 г., с началом Первой мировой войны, в России было запрещена торговля алкогольными напитками, хотя она являлась главным источником доходов в структуре «пьяного» бюджета страны. Утрата такого источника, особенно в военное время, стала тяжёлым испытанием для финансовой системы России, и всё-таки правительство пошло на это, будучи перед лицом гораздо больших потерь, связанных с пьянством народа. Уже спустя год, выдающийся русский психиатр И.Н. Введенский (1915) подвёл первые итоги запрещения алкогольной торговли. Они были ошеломляюще благоприятными: опустели вытрезвители (число пациентов снизилось в 300 раз!), не стало больных алкогольными психозами, вчетверо снизилось поступление в больницы других душевнобольных, в 2-3 раза сократилось число самоубийств, резко упала преступность - настолько, что было приостановлено строительство новых тюрем.

Однако наряду с положительными стали множиться и отрицательные последствия запрета на алкоголь. Среди них главное - употребление суррогатов водки и связанные с этим тяжёлые отравления; широко распространилось самогонование, азартные игры. Отсюда - немедленное оживление активности алкогольного и пивного «лобби», многочисленные выступления в пользу временной или частичной отмены запрета с псевдопатриотическими и псевдонаучными ссылками на характер народа и интересы государства и на якобы безвредность алкогольных напитков, особенно пива.

Нетрудно заметить, что всё это - почти точная копия событий, сопровождавших антиалкогольную кампанию 1985-1987 гг., которая в конечном счёте потерпела неудачу и была свёрнута, сменившись резким всплеском алкогольных проблем в 1992-1994 гг. Этому значительно поспособствовала отмена государственной монополии на производство и продажу алкоголя, вслед за которой разлилось половодье фальсифицированных и токсичных спиртных напитков. Одна из причин такого исхода заключается в том, что благим устремлениям инициаторов антиалкогольных проблем противостоит необоримая привлекательность сиюминутного психотропного действия алкоголя, которая контрастирует с очень постепенным и малозаметным формированием стойких отрицательных последствий систематического потребления спиртных напитков.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Среди этих последствий самым значимым является заболевание, именуемое «алкоголизм». Оно является предметом научного интереса врачей разных специальностей, поскольку при нём поражаются в той или иной степени практически все органы и системы организма.

И всё же, центр тяжести алкогольной патологии приходится на психическую деятельность человека, поэтому в настоящее время алкоголизм особый интерес представляет для наркологов и психиатров.

Кроме того, алкоголизм всегда сопровождается различными социальными и социально-психологическими последствиями, неблагоприятными как для самого индивидуума, так и для общества в целом, поэтому им активно занимаются ещё и социологи, психологи и правоведы.

Психические расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, представляют собой формы реагирования головного мозга на алкогольную интоксикацию и различаются в зависимости от её характера и индивидуальных особенностей человека, который ей подвергался.

Согласно МКБ-10 все эти расстройства делятся на три группы.

1. Острая алкогольная интоксикация.

- простое опьянение;
- изменённые формы простого опьянения;
- патологическое опьянение.

2. Алкоголизм (зависимость от алкоголя, хронический алкоголизм).

3. Алкогольные психозы.

ИЗМЕНЕННЫЕ ФОРМЫ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Симптоматика острой алкогольной интоксикации во многом зависит от «почвы», на которую воздействует алкоголь. Наличие патологической почвы (психопатия, последствия ранее перенесенных заболеваний и травм головного мозга, временными патогенными воздействиями (психогении, астенизация и др.), а также формирующаяся мозговая патология) приводит к возникновению измененных форм алкогольного опьянения. Наблюдающиеся у больных алкоголизмом изменённые формы простого алкогольного опьянения служат опережающим проявлением тех психических особенностей, которые в последующем, в ходе прогрессивного течения болезни становятся постоянными и характерными для больных уже и вне периодов острой алкогольной интоксикации.

Дисфорический вариант опьянения.

Это состояние, когда вместо характерной для простого алкогольного опьянения эйфории с самого начала возникает мрачное настроение с раздражительностью, гневливостью, конфликтностью, склонностью к агрессии. Иными словами, в этих случаях лёгкая степень опьянения своим эмоциональным фоном напоминает среднюю степень, т.е. как бы содержит в себе признаки более тяжёлого состояния. Такие особенности алкогольного опьянения нередко наблюдаются у больных хроническим алкоголизмом, а также при разного рода органической недостаточности головного мозга.

Параноидный вариант опьянения.

Характеризуется появлением подозрительности, обидчивости, придирчивости, склонности толковать слова и поступки окружающих как стремление унижить, обмануть, надсмеяться, одержать верх в соперничестве; возможны ревнивые переживания и связанная с ними агрессия. Подобные черты поведения в опьянении встречаются у некоторых психопатических личностей - эпилептоидных, параноидальных, примитивных (особенно если они больны хроническим алкоголизмом).

Алкогольное опьянение с гебефреничными чертами.

Проявляется дурашливостью, стереотипиями, кривляньем, хаотическим дебоширством, однообразным звукоподражанием, бессмысленным буйством. Такие картины можно наблюдать у взрослых больных при наличии латентного шизофренического процесса, а также у подростков и юношей.

Алкогольное опьянение с истерическими чертами.

При наличии соответствующих личностных предпосылок (эгоцентризм, желание быть в центре внимания, склонность «эксплуатировать» сочувствие окружающих, стремление произвести яркое впечатление, превышение амбиций над способностями) алкогольное опьянение вызывает к жизни истерические механизмы, которые чаще всего проявляются демонстративными суицидальными попытками, театрализованным горестным аффектом, бурными сценами отчаяния, «сумасшествия» и др.

Существуют и другие варианты: депрессивный, взрывчатый, эпилептоидный и т.д.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Термин «патологическое опьянение» не совсем точно отражает суть данного явления: оно представляет собой не столько результат алкогольной интоксикации, сколько выражение своеобразной идиосинкразии к алкоголю, которая может возникнуть при определённом сочетании ряда факторов (переутомление, вынужденная бессонница, психогении, органическая церебральная недостаточность и др.).

По существу, патологическое опьянение - транзиторный психоз, а в синдромологическом отношении это - сумеречное состояние сознания. Оно возникает внезапно и так же внезапно обрывается, часто заканчиваясь глубоким сном. Длится оно от нескольких минут до нескольких часов, оставляя после себя астению, головную боль, тотальную или парциальную амнезию.

Картина патологического опьянения и внешне мало напоминает алкогольное опьянение, поскольку отсутствуют нарушения статики и координации движений, а также пантомимические особенности, характерные для облика опьяневшего человека.

Различают:

а) эпилептоидная форма

болезненная симптоматика выражается в виде тотальной дезориентировки, отсутствия какого-либо контакта с окружающей действительностью, резкого моторного возбуждения с аффектом страха, гнева, злобы, с молчаливой бессмысленной и жестокой агрессией, которая порой имеет характер автоматических и стереотипных действий. Характерна полная амнезия.

б) параноидная форма

поведение больного отражает бредовые и галлюцинаторные переживания устрашающего содержания. О том же свидетельствуют отдельные слова, выкрики, команды, угрозы, хотя в целом речевая продукция больного скудна и малопонятна. Двигательная активность имеет относительно упорядоченный характер, приобретает форму сложных и целенаправленных действий (бегство с использованием транспорта, защита, нападение, совершаемые с большой силой). Характерна фрагментарная амнезия, иногда с очень красочными воспоминаниями

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА

Хронический алкоголизм - прогрессирующее заболевание, характеризующееся патологическим влечением к спиртным напиткам (психическая и физическая зависимость), развитием дисфункционального состояния при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях - стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией.

Алкоголизм - это вызванное злоупотреблением спиртными напитками хроническое психическое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю и связанными с ним разнообразными последствиями алкогольной интоксикации нарастающей тяжести (Альтшулер В.Б., 2002).

Содержащееся в определении, данном В.Б. Альтшулером, положение о двух частях клинической картины алкоголизма означает, что все клинические синдромы заболевания - и неврастеноподобный на первой стадии, и абстинентный на второй стадии, и деградация личности на третьей стадии - сформировались по одной схеме: они образованы патологическим влечением к алкоголю в «обрамлении» различных постинтоксикационных расстройств. Указание на нарастание тяжести последствий хронической алкогольной интоксикации в процессе заболевания ясно отражает его прогрессирующий характер. В конечном счёте, именно различия в тяжести и устойчивости последствий алкогольной интоксикации лежат в основе стадийности алкоголизма, составляя суть качественных особенностей отдельных стадий.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) допускает использование в качестве синонимов термины «алкоголизм» и «зависимость от алкоголя», причём второй из них представляет собой одновременно и название болезни, и название её ведущего синдрома. Последнее влечёт за собой ряд недоразумений, поскольку немалая часть симптоматики заболевания остаётся за рамками этого синдрома.

АЛКОГОЛИЗМ КАК ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Алкоголизм, как любая болезнь человека, возникает и развивается в результате взаимодействия средовых и генетических факторов, представляя собой нарушение адаптации организма и личности к социальной среде, связанное с определёнными патобиологическими механизмами. Определив алкоголизм как болезнь, необходимо подчеркнуть, что он относится к психическим болезням. И хотя давно стало привычным видеть алкоголизм в перечнях психических заболеваний, всё же его психопатологическая суть периодически пытается оспариваться.

Так, Ю.П. Лисицын и П.И. Сидоров (1990) считают, что «поскольку при алкоголизме поражаются практически все органы и системы организма, то... предпочтение психических нарушений в ущерб остальным поражениям органов, тканей и систем было бы принципиально неверным». П.Д. Шабанов в своём «Руководстве по наркологии» (1999) пишет: «...алкоголизм в равной степени можно отнести к психическим и соматическим заболеваниям, поскольку... нет ни одной системы организма, которая не пострадала бы от воздействия алкоголя».

Для того, чтобы прийти к единому знаменателю, среди всей массы алкогольной патологии следует выделить основное, нозологически специфичное звено, которое определяет отнесение этого заболевания к разделу психиатрии.

Таким по первостепенной важности элементом патогенеза и клинической картины является патологическое влечение к алкоголю, безусловно относящееся к сфере психической патологии.

Наряду с психической деградацией и с психопатологией алкогольного абстинентного синдрома оно является дополнительным основанием для определения алкоголизма как психического заболевания.

Наличие неразрывной связи патологического влечения к алкоголю с нарастающими последствиями алкогольной интоксикации в соматической, психической и социальной сферах ясно отражает процессуальный характер и прогрессивные тенденции этого заболевания, т.е. его развитие в сторону утяжеления симптоматики, а также содержание происходящих изменений.

Таким образом, основу клинической картины алкоголизма составляют три синдрома - патологическое влечение к алкоголю, алкогольный абстинентный синдром и алкогольная деградация личности. Эти синдромы относятся к общим признакам, объединяющим все клинические варианты алкоголизма и они последовательно формируются в процессе развития заболевания как в рамках синдромакинеза, так и синдромотаксиса.

СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА

Принцип стадийности алкоголизма является большим достижением отечественной клинической наркологии. Вместе с тем, зарубежные наркологи чаще всего не следуют этому принципу. Оригинальная МКБ-10 также не содержит положений о стадиях алкоголизма, но в адаптированной для России данной классификации они представлены шестым знаком.

Если ставить перед собой чисто практическую цель, а именно - совершенствование лечения больных алкоголизмом, то, действительно, стадия заболевания не имеет большого значения. Программа лечения, её компоненты и длительность целиком определяются не стадией, а наличествующей конкретной симптоматикой болезни, в какой бы стадии она не выявлялась. Если же классификация служит не только узкоутилитарным, но и более далеко идущим научным целям, то положения о стадиях придают ей более диалектический характер, направляют на обобщение клинических данных, ориентируют на вскрытие общих закономерностей и на организацию будущих исследований.

Стадии заболевания являются выражением процессуального характера алкоголизма. Они различаются между собой как качественными особенностями, так и тяжестью расстройств.

В соответствии с принципом стадийности в большинстве классификаций выделяются три стадии хронического алкоголизма - *начальная (I)*, *средняя (II)* и *конечная (III)*, отражающие последовательные изменения его симптоматики. Постулирование ограниченного числа отдельных стадий искусственно разрывает континуальность болезненного процесса.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ

Термин «патологическое влечение к алкоголю» предполагает существование непатологического влечения. Понятие «непатологическое» или «нормальное», влечение к алкоголю, то есть желание выпить, означает, что потребление спиртного является психологически понятным (оно служит целям наладить социальные контакты, преодолеть застенчивость, расслабиться, успокоиться и т.п.) и закреплено обычаями и традициями.

В отличие от нормального патологическое влечение к алкоголю является самодовлеющим и господствующим мотивом поведения. Потребление спиртного в этом случае более всего служит одной цели - достигнуть состояния опьянения, т.е. алкогольное опьянение становится самоцелью.

Патологическое влечение к алкоголю нельзя постигнуть с позиций здравого смысла, оно психологически непонятно, к нему неприложимы различные «мотивационные» объяснения. Своеобразие данного феномена сводится к доминантной природе патологического влечения к алкоголю, которая определяет вытеснение прочих интересов и существенных мотивов человеческой активности.

Алкоголизм влечёт ослабление мозговых функций, в первую очередь высших психических, что неизбежно ведёт к дальнейшему усилению господства патологической доминанты со всеми последствиями, свойственными алкоголизму.

Следовательно, патологическое влечение, обуславливающее неконтролируемое, избыточное употребление алкоголя, сопряжено с токсическим поражением мозга на этой почве.

ИЗМЕНЕННАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К АЛКОГОЛЮ

Симптом нарастающей толерантности. Первоначально употребляемая доза алкоголя уже не вызывает прежних (характерных для нее) состояний опьянения. Для их достижения доза должна быть увеличена в среднем в 2-3 раза по сравнению с ранее употребляемой. Часто нарастающая толерантность сопровождается исчезновением рвотного рефлекса, существовавшего до этого времени при употреблении значительных доз алкоголя, и появлением средних и тяжелых степеней опьянения. Иногда происходит смена алкогольного напитка - от напитков с низким содержанием алкоголя, отражающих вкусы и привычки пьющего, к любым крепким спиртным напиткам. Возникает при первой и начальной второй стадиях алкоголизма.

Симптом «плато» толерантности. Толерантность достигает своего максимума и на протяжении отрезка времени той или иной длительности остается постоянной. Для достижения состояния опьянения больные употребляют наивысшие за весь период алкоголизма дозы преимущественно одних и тех же спиртных напитков, обычно с высоким процентом содержания алкоголя. Наивысшие дозы употребляются как одновременно, так и на протяжении всего дня. Возникает при второй стадии алкоголизма.

Симптом снижения толерантности. По сравнению с периодом, когда существовало «плато» толерантности, в данном случае состояние опьянения возникает уже от меньших доз одновременно употребляемого количества алкоголя. В то же время общая суточная доза может еще какое-то время оставаться на том же уровне, что и при симптоме «плато» (прием алкоголя более дробными дозами). При выраженности симптома снижения толерантности наблюдаемого в последующем, происходит снижение и одномоментной, и суточной дозы употребляемого алкоголя. Может произойти переход от крепких спиртных напитков к напиткам с низким содержанием алкоголя. Чаще всего ими являются крепленые вина. Возникает при третьей стадии алкоголизма.

АЛКОГОЛЬНЫЕ АМНЕЗИИ

Симптом лакунарной амнезии (алкогольные палимпсесты)

Палимпсест (греч. «palimpsestos» - «вновь соскобленный») означал в древности надпись на пергаменте со стершимися от его многократного сгибания и разгибания фрагментами текста. Алкогольный палимпсест («лоскутная» амнезия) - это специфическое нарушение памяти, которое проявляется неспособностью воспроизводить отдельные детали, эпизоды, подробности, относящиеся к периоду алкогольной или наркоманической интоксикации при возможности воспроизвести общий ход событий (то есть больной не помнит отдельные события, свидетелем которых он был в состоянии алкогольного опьянения, в то время как общая фабула сохраняется в памяти отчетливо). Впервые как психическое нарушение этот симптом описал К. Бонгёффер в 1901 году. С палимпсестов начинаются мнестические расстройства, постепенно замещаясь амнестическими формами опьянения (когда из памяти полностью пропадают воспоминания с какого-то момента и до засыпания). Являются критерием диагностирования первой стадии алкоголизма, также наблюдается и при второй стадии.

Симптом тотальной амнезии

Запамятование касается не отдельных событий, а большей части или всего периода опьянения. Это вариант ретроградной амнезии, когда из памяти удаляется информация недалекого прошлого, то есть та, которая предшествовала застолью. То, что было раньше, в памяти остается неизменным. Может возникать при употреблении сравнительно небольших доз алкоголя. Наблюдается либо при второй, но чаще уже при третьей стадии алкоголизма.

АЛКОГОЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ (ААС)

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) - это комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением более или менее длительной и массивной алкогольной интоксикации.

ААС описан С.Г. Жислиным в 1929 г., полагавшим, что нём «расстройства, обусловленные предшествующим алкогольным эксцессом, смягчаются или исчезают совсем лишь после повторного употребления известных доз алкоголя» (С.Г. Жислин).

Многие нарушения, свойственные ААС (головная боль, головокружение, астения, чувство разбитости, жажда, обложенность языка, тошнота, вздутие живота, жидкий стул, повышение АД, неприятные ощущения или боли в области сердца, плохое настроение и др.) встречаются не только у больных алкоголизмом, но и у прочих лиц, находящихся в похмельном состоянии, т.е. в периоде после острой алкогольной интоксикации.

Постинтоксикационные (токсикогенные) расстройства нозологически неспецифичны, хотя и составляют значительную часть симптоматики ААС.

Как в рамках простого похмельного состояния, так и у больных алкоголизмом, т.е. в структуре ААС, перечисленные симптомы тем тяжелее, разнообразнее и чаще, чем старше человек и чем хуже его исходное соматоневрологическое состояние.

На другом полюсе клинической картины ААС находятся нарушения, составляющие коренное его отличие от постинтоксикационного состояния. Эти признаки вторичного ПВА (сильное желание опохмелиться, внутренняя напряжённость, раздражительность, дисфория, подавленность, двигательное беспокойство) являющиеся по происхождению аддиктивными, бывают только у больных алкоголизмом.

Промежуточное положение между неспецифичными токсикогенными и нозологически специфичными аддиктивными расстройствами занимают нарушения, связанные преимущественно с хронической алкогольной интоксикацией ЦНС, поэтому они лишь относительно специфичны для больных алкоголизмом. Среди них - прерывистый, поверхностный, тревожный сон, яркие, беспокойные, пугающие сновидения, вздрагивание, гиперacusия, отдельные слуховые и зрительные обманы, гипнагогические галлюцинации, идеи отношения и виновности, крупный тремор всего тела или рук, век, языка, эпилептические припадки, нистагм, потливость, тахикардия и др.

АЛКОГОЛЬНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕГРАДАЦИЯ

Это третий из кардинальных клинических психопатологических синдромов болезней зависимости от ПАВ, несущий на себе печать нозологической специфичности. Последнее отличает психическую деградацию в клинической картине наркологических заболеваний от психической деградации иной нозологической принадлежности.

В МКБ-10 рубрика F1x7 «Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом», продолжающиеся за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества» содержит подрубрику F1x.71 «Расстройство личности или поведения», отвечающую «критериям органического расстройства личности (F07.0)». Однако такая трактовка свидетельствующая лишь о резидуальных расстройствах не учитывает, что психическая деградация при болезнях зависимости, в частности, при алкоголизме, обладает ещё и всеми признаками сквозного синдрома, пронизывающего эти болезни на всех этапах, включая начальные.

Синдром алкогольной деградации обнаруживает структурное сходство с абстинентным синдромом: тот и другой состоят из двух основных частей - неспецифичной токсикогенной симптоматики, связанной с повреждающим действием психоактивных веществ (ПАВ) или его метаболитов на головной мозг, и нозологически специфичной аддиктивной симптоматики, отражающей доминантные свойства патологического влечения к ПАВ.

Присутствие патологического влечения с самого начала болезни деформирует личность, обуславливая утрату прежних интересов, игнорирование и притупление чувства долга и совести, необязательность, эгоизм, паразитические тенденции и другие признаки нравственно-этического снижения. Именно акцент на нравственно-этическом снижении, его непропорционально большая выраженность в сопоставлении с другими психическими изменениями определяют специфику алкогольной или иной химической зависимости.

Из сказанного выше следует, что признаки личностного снижения такого рода при болезнях зависимости нельзя считать исключительно резидуальными, поскольку они намечаются, усиливаются и закрепляются в процессе всего заболевания, сопровождая его от начала до конца.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (СОГЛАСНО МКБ-10)

В МКБ-10 клинические симптомы зависимости от алкоголя описаны крайне расчленённо и лаконично. Диагностику зависимости от алкоголя проводят в соответствии с выработанными критериями. Постановка данного диагноза возможна только при наличии не менее трёх из ниже перечисленных признаков, возникавших в течение определённого времени в прошлом году:

Сильная потребность или необходимость принять алкоголь;

Нарушение способности контролировать приём алкоголя, т.е. начало, окончание употребления или дозу алкоголя;

Физиологическое состояние отмены, характерное для алкоголя, когда его приём был прекращён или значительно уменьшен;

Использование алкоголя с целью облегчить или предотвратить симптомы отмены при полном осознании эффекта;

Признаки толерантности (увеличение дозы алкоголя, требующейся для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами) или её снижение;

Прогрессирующее пренебрежение другими интересами в пользу употребления алкоголя; увеличение времени, необходимого для приобретения, приёма алкоголя или восстановления после его действия;

Продолжающееся употребление алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия (при осознании связи между приёмом и последствиями).

Следует заметить, что МКБ-10 предназначена в основном для статистического анализа и лишена динамического подхода. Поэтому в ней не представлено разнообразие диагностических решений, необходимых в клинической практике. И всё же она в значительной мере дисциплинирует клиническое мышление врача и способствует большей структуризации врачебных знаний о больном.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ (СПЭ, МСЭ, ВВЭ)

При судебно-психиатрической экспертизе лиц, совершивших противоправные деяния как в виде умысла, так и по неосторожности, важно установить не только то, осознавало ли данное лицо формальную сторону своих действий (их «фактический характер») и их общественную опасность, но и сохранилось ли у лица понимание того значения, которое имеет данный поступок как преступление. Применительно к лицам в состоянии алкогольного или наркотического опьянения это означает, что лицо, сознательно приводящее себя в состояние одурманивания, одновременно понимает возможные общественно опасные последствия этого поступка. Именно поэтому лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, подлежит уголовной ответственности (ст. 23 УК РФ) и в отношении инкриминируемого ему деяния является вменяемым.

Медико-социальная экспертная тактика в отношении больных алкоголизмом имеет ряд особенностей. На медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) направляются больные алкоголизмом только в тех случаях, когда при длительном лечении и наблюдении в стационарных условиях у них выявляются выраженные необратимые органические нарушения психики или тяжёлая патология внутренних органов. Наблюдение в процессе стационарного лечения позволяет уточнить имеющиеся у больных функциональные ресурсы.

В военно-врачебной экспертной практике предусмотрена статья 19 Расписания болезней, регламентирующая освидетельствование лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вызванных употреблением ПАВ. В зависимости от выраженности и стойкости психопатологической симптоматики эти лица признаются либо не годными к военной службе, либо ограниченно годными к военной службе.